

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 333.

LA TUBERCULOSE

DANS LES MILIEUX OUVRIERS

Doit-elle être considérée comme une maladie professionnelle ?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. MOREL (Henri)

né le 27 décembre 1892 à Vitré (Ille-et-Vilaine).



VITRÉ

IMPRIMERIE DE VITRÉ-JOURNAL, 4, RUE HELLERIE

—
1920

LA TUBERCULOSE.

DANS LES MILIEUX OUVRIERS

Doit-elle être considérée comme une maladie professionnelle ?

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 333

LA TUBERCULOSE

DANS LES MILIEUX OUVRIERS

Doit-elle être considérée comme une maladie professionnelle ?

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juillet 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. MOREL (Henri)

né le 27 décembre 1892 à Vitré (Ille-et-Vilaine).



VITRÉ

IMPRIMERIE DE VITRÉ-JOURNAL, 4, RUE HELLERIE

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques chirurgicales.....	MM. TEISSIER.
Cliniques médicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD.
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	LEPINE (J.).
Chimie biologique.....	WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ.
Anatomie.....	MOREL.
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU.
Physiologie.....	GUIART.
Pathologie interne.....	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD.
Anatomie pathologique.....	DOYON.
Médecine opératoire.....	COLLET.
Médecine expérimental et comparée.....	MOURIQUAND.
Médecine légale.....	PAVIOT.
Hygiène.....	X...
Thérapeutique.....	ARLOING (F.).
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale.....	MM. BARRAL,	agrégé.
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	X...	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD.	—
Clinique infantile.....	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.....	X...	—

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LERICHE.	SAVY.	BONNAFOUR, chargé
COMMANDEUR.	THEVENOT (Léon).	FROMENT.	des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE.	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien).	SARVONAT, id.
LAROYENNE.	CADE.	PIERY.	FAVRE, id.
VORON.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER, id.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	ROUBIER, id.
BRETIN.			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. E. MARTIN, Président; COURMONT, Assesseur;
MM. PIERY, et BONNAMOUR, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE :

*En témoignage de mon affection et de
ma reconnaissance.*

A MA FEMME :

*Dont l'amour et l'affection me furent un
soutien inestimable pendant les années
de guerre et d'études.*

A MA SŒUR :

En témoignage de vive affection.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS.

A MES CAMARADES TUÉS A L'ENNEMI.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE MARTIN,

Professeur de Médecine légale et de Déontologie
à la Faculté de Médecine de Lyon,

*Qui nous fait le grand honneur de
présider notre thèse dont il a bien
voulu nous inspirer le sujet. Nous le
prions de recevoir l'hommage de notre
reconnaissance et de notre respectueuse
admiration.*

A MESSIEURS LES MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES,
DE LA FACULTÉ DE LYON ET DE L'ÉCOLE DE SANTÉ :

*Nous adressons l'hommage de notre grati-
tude pour la bienveillance avec laquelle
ils nous ont accueilli, les conseils et
l'enseignement qu'ils nous ont donnés.*

INTRODUCTION

« En présence du péril tuberculeux, a dit, il y a quelques années, le professeur Landouzy, nous sommes en pleine anarchie médicale. » Nous devons reconnaître cependant que, surtout depuis la guerre, la lutte contre la tuberculose a été menée plus activement; mais nous n'avons pas encore le vaste armement anti-tuberculeux, ni les ressources budgétaires, ni l'unité de plans, ni la coordination entre les diverses œuvres qui existent dans d'autres pays. Des médecins, des hygiénistes, des philanthropes ont combattu sur un terrain limité et ont vu leurs efforts couronnés de succès par une diminution de la mortalité. Ce sont les Calmette, Grancher, Jules Courmont, Landouzy et tant d'autres, dont nous saluons avec respect le nom ou la mémoire. Mais, parmi les médecins praticiens, les plus grandes divergences d'opinions règnent, tant au sujet des mesures prophylactiques, des moyens thérapeutiques à employer, que de la conduite déontologique vis-à-vis du malade. Le rôle du médecin traitant vis-à-vis du tuberculeux est souvent illusoire. Nous montrerons dans quelle situation cruelle il se trouve. Il est impuissant à vaincre cette maladie, redoutable parce qu'elle est le plus souvent la maladie du pauvre. Certes, elle est curable, mais dans des conditions très précises et très déterminées; elle est curable, à

condition qu'elle soit diagnostiquée au début, et si le malade peut réunir des conditions d'existence qui ne sont pas à la portée de tous, c'est-à-dire une vie bien organisée et l'hygiène, biens que l'aisance seule peut procurer.

A côté de la pathologie clinique il y a une pathologie sociale excessivement complexe qui échappe à l'action du médecin. La tuberculose fournit 20 p. 100 des maladies sociales et, hélas! presque autant de décès. Les moyens de préservation et le traitement ne peuvent être assurés par le médecin seul, quels que soient son dévouement et sa science : l'effort commun, des mesures législatives radicales, seuls, peuvent donner des résultats.

Nous montrerons dans la seconde partie de notre étude que, pour nous, la tuberculose devrait être considérée, dans les milieux ouvriers, comme une maladie professionnelle, devant rentrer dans le cadre de la loi du 25 octobre 1919, maladie dont l'employeur peut être considéré comme responsable vis-à-vis de ses ouvriers. La tuberculose contractée trop souvent à l'atelier devrait faire partie du risque professionnel. L'ouvrier se trouverait ainsi protégé par une assurance; il pourrait être traité dans de bonnes conditions et sa famille serait à l'abri de la misère, inévitable dans l'état actuel, quand le chef n'apporte plus son salaire.

Nous diviserons notre étude en deux parties. Dans la première, nous étudierons :

- 1° Le diagnostic qui doit être aussi précoce que possible;
- 2° Les procédés par lesquels on doit avertir le malade qu'il est atteint de tuberculose;
- 3° Le rôle moral du médecin,

Nous montrerons que, le plus souvent, le rôle du médecin est purement moral, son action thérapeutique illusoire, parce que la tuberculose est surtout une maladie du pauvre et, par ce fait, évolue dans des conditions particulières.

Dans une deuxième partie, nous montrerons :

1° Comment la tuberculose, maladie professionnelle, donnerait au tuberculeux une situation sociale qui lui permettrait de se soigner;

2° Que le problème de la tuberculose serait ainsi en partie résolu, grâce à l'assurance, parce que c'est en partie un problème budgétaire.

PREMIÈRE PARTIE

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic doit être précoce.

Le médecin consulté dans son cabinet par un malade doit d'abord établir un diagnostic précis — et précoce, autant que possible. Deux écueils sont à éviter : certains médecins tuberculophobes voient partout de la tuberculose. Un peu d'anorexie, une diminution du murmure vésiculaire, un peu de submatité à un sommet et, immédiatement, ils parlent de bacilliose, comme d'autres parlent de diphtérie dès qu'ils ont constaté un enduit opalin sur une amygdale. La peur d'un mal les fait tomber dans un autre. Ils risquent, en posant un diagnostic insuffisamment établi, d'alarmer inutilement le malade et son entourage, ou même de déterminer chez celui-là un état d'angoisse, une dépression morale tout à fait funestes.

L'autre écueil est de faire un diagnostic trop tardif. Beaucoup de médecins attendent que tous les signes physiques soient réunis, ou qu'une hémoptysie survienne pour formuler le diagnostic de tuberculose.

Pourquoi? « Parce que, dit le professeur Grancher, la vigueur d'empreinte de Laënnec a été telle sur ses contem-

porains que la peur du diagnostic de tuberculose règne encore en maîtresse dans l'âme de beaucoup de médecins. »

Les classiques enseignent, en effet, que quatre ou cinq signes physiques doivent être accumulés sur un point du poumon pour que le diagnostic de tuberculose puisse être posé. « A ce moment, le poumon est si profondément altéré, dit le professeur Grancher, qu'on peut dire sans exagération que les médecins reconnaissent la présence de tubercules quand ceux-ci ont déjà détruit le tissu pulmonaire. »

Le médecin dans son cabinet doit « dépister » les tuberculeux par un diagnostic précoce. C'est une nécessité sur laquelle le professeur Grancher insiste. A cette condition, l'action thérapeutique sera efficace, et la tuberculose sera, suivant le mot de Grancher, « la plus curable des maladies chroniques. »

Il ne sera pas toujours possible au médecin d'établir ce diagnostic précoce. Les malades aisés consultent le médecin dès qu'ils ont constaté une modification de leur état de santé, quelques troubles digestifs, un peu d'anorexie, un léger mouvement fébrile. Le médecin peut suivre facilement ces malades, les observer et poser à temps un diagnostic précoce.

Mais d'autres catégories de malades : employés, petits fonctionnaires, ouvriers, ne consultent le médecin, pour ce qu'ils appellent un « chaud et froid », « un rhume négligé », que lorsqu'ils ont beaucoup maigri, que l'appétit est à peu près supprimé, et que, à bout de forces, ils ne peuvent plus travailler. Ils sont allés chez le pharmacien acheter une potion pour calmer la toux, un « vin

fortifiant » et consultent le médecin à un moment où la tuberculose est déjà en pleine évolution. Le médecin doit à ce moment poser un diagnostic ferme, ne pas se contenter de dire « c'est une bronchite chronique », conseiller un peu de repos, le changement d'air, une bonne alimentation et attendre « l'hémoptysie » pour révéler au malade la gravité de son état, la nécessité de soins continuels et d'une discipline rigoureuse.

Le médecin ne doit pas attendre pour établir son diagnostic que le malade présente, suivant le mot d'un de nos chirurgiens à propos du cancer, des « signes d'extrême-onction. »

Nous résumerons ces quelques considérations en reproduisant quelques-unes des conclusions du rapport du professeur Grancher sur le diagnostic précoce de la tuberculose.

« La curabilité de la tuberculose étant proportionnelle à la précocité du diagnostic, on conçoit l'importance qu'il y a de reconnaître cette maladie aussitôt que possible. »

« Ce diagnostic précoce, si important pour le malade, est au moins aussi important pour la société tout entière; car, au cours de la première ou seconde période, le malade ne tousse pas ou tousse très peu, il est donc inoffensif pour son entourage. Traitée et guérie à cette période la tuberculose cesse d'être contagieuse.

» Pour faire le diagnostic, le médecin, au début de la maladie, ne doit pas se contenter d'examiner dans une famille le malade pour lequel on l'appelle. Il doit aussi et systématiquement ausculter les membres de la famille, pour peu qu'ils soient suspects, et faire ainsi le « dépis-

tage » de la maladie, alors qu'elle est méconnue de tous. Très souvent, il trouvera autour du malade la première ou seconde étape en évolution, et son devoir strict sera d'imposer le traitement à ces malades ignorants de leur propre mal.

» Ainsi faisant, il rendra les plus grands services et à la famille dont il a la charge, et au corps social tout entier. »

Doit-on révéler le diagnostic au malade ?

Nous supposons que le médecin a établi son diagnostic : pré-tuberculose, tuberculose fermée en évolution, tuberculose ouverte. Doit-il dire au malade qu'il est tuberculeux ?

En principe, oui. Certaines exceptions à cette règle seront tirées de l'état psychologique du malade, de la période de sa maladie, ou de la mentalité particulière du milieu familial, ou de sa situation sociale (cas d'un ouvrier, d'un domestique, à qui l'on pourrait porter préjudice).

Nous disons qu'il faut révéler le diagnostic au malade :

1° Parce que, en général, cela n'a pas les inconvénients qu'on peut redouter ;

2° Parce que cette révélation est utile à sa guérison ;

3° Parce qu'elle constitue une mesure de protection pour la famille.

Longtemps, on a pensé qu'il ne fallait pas avouer au tuberculeux le mal dont il était atteint. Les médecins d'hier parlaient de rhume négligé, de bronchite chronique

et dans les hôpitaux on évite encore de prononcer le mot redoutable.

Germain Sée écrivait : « Le médecin commettrait un acte blâmable s'il séquestrait, s'il isolait son malade et surtout s'il parlait. Le médecin peut, par son silence sur la nature de la maladie, rétablir le calme dans l'esprit troublé du patient. »

M. le docteur Mouisset écrivait dans le *Lyon Médical* du 22 décembre 1901 : « Il n'est pas nécessaire de dire au malade qu'il est tuberculeux pour obtenir une obéissance parfaite. On peut tout dire, tout prévoir, à condition de ne pas prononcer le mot de tuberculose. »

Telle était, il y a quelques années, la façon générale de penser des médecins. Il nous semble que l'on part d'un principe faux en agissant ainsi, et que l'on redoute souvent, à tort, d'effrayer le malade, cédant aussi aux sollicitations de la famille, à qui l'on a fait part du diagnostic : « Surtout, docteur, que notre cher malade n'en sache rien. Il est très impressionnable. »

En général, ces craintes, éprouvées par la famille et le médecin, sont illusoires. Elles n'ont aucun fondement. Tous les phthisiologues et les praticiens ont pu observer l'in vraisemblable optimisme du tuberculeux, qui s'accompagne parfois aux derniers jours de leur existence d'une véritable euphorie.

« Je puis affirmer à mes confrères, disait Grancher à l'Académie de Médecine, qu'ils exagèrent beaucoup l'impression qu'ils produisent en prononçant devant leurs malades le mot de tuberculose. »

Dans les sanatoriums, les malades parlent couramment

de leurs lésions, du nombre de leurs bacilles, de la courbe de leur température.

Bien plus, certains malades pourront même être soulagés par cette révélation. Ils soupçonnent leur mal, à la façon mystérieuse dont on chuchote autour de leur lit, aux regards de compassion de l'entourage. Ces malades vivent dans l'anxiété, « le soupçon du mal, dit Daremberg, touche leur faible esprit plus cruellement que le mal lui-même. »

Nous pensons donc que, certaines contre-indications que nous étudierons plus loin mises à part, la vérité doit être dite au malade, parce que la révélation du diagnostic est une des conditions *sine qua non* du traitement et de la préservation de la famille.

« Il n'est pas toujours utile, écrit le professeur Etienne Martin, de dire la vérité aux malades, mais, lorsque cette vérité toute nue doit être utile au traitement et permettre la guérison, on ne doit pas la cacher.

» Votre devoir est de prévenir nettement un jeune homme ou une femme que la tuberculose les menace et qu'ils doivent suivre strictement les règles d'hygiène que vous leur imposez. »

Les phthisiologues sont unanimes à conclure dans le même sens. Le professeur Landouzy dit : « Avec la précocité et la certitude diagnostiques qui mènent à la curabilité de la tuberculose, c'en est fini des préoccupations sentimentales qui hantaient nos pères. Tout individu suspect ou convaincu de tuberculose a droit à toutes les vérités. »

Daremberg est formel : « Le tuberculeux ne doit pas

ignorer qu'il est gravement malade, qu'il doit tout sacrifier pour sa guérison. Le médecin qui ne le prévient pas est coupable. S'il ne dit pas toute la vérité à son malade, il lui fait perdre presque toutes les chances sérieuses de complète guérison, sa responsabilité est accablante. »

Cette révélation ne doit pas être brutale. Le médecin doit connaître le ressort de son malade, savoir si c'est un pusillanime ou un malade que l'on peut mettre franchement au courant de son état. Il faut l'amener doucement, avec diplomatie à la connaissance de son mal. Si c'est un pré-tuberculeux, il doit lui dire que la tuberculose le menace, lui indiquer avec détails toutes les précautions d'hygiène qu'il devra prendre, variables suivant la condition sociale : alcoolisme, voyages, surmenage physique ou intellectuel, fatigues génésiques, etc... ; lui tracer son régime de vie approprié à sa situation.

Si le malade est atteint au premier degré, le médecin doit, avec tact, lui dire la vérité, lui inspirer confiance, lui assurer que la guérison est entre ses mains, qu'elle est le prix de sa patience, de sa docilité, de sa volonté. Il doit s'enquérir de la situation sociale de son malade, de ses ressources, afin de lui conseiller le mode de traitement le plus convenable : séjour dans un sanatorium ou traitement à domicile.

Si le médecin est consulté par un tuberculeux bacillifère, il doit, en outre, lui indiquer le danger qu'il fait courir à sa femme et à ses enfants, à ceux qui l'entourent, en crachant sans précaution. Le médecin doit mettre la famille en garde contre la contagion, indiquer les mesures à prendre pour l'éviter et, s'il le peut, faire éloigner le

malade ou les enfants, veiller à la désinfection et surveiller la famille pour dépister une tuberculose naissante.

Le médecin doit soigner son malade et protéger ceux qui l'entourent. Il doit faire appel à l'intelligence et au cœur du malade, au besoin parler avec autorité, pour que celui-ci évite de contagionner le milieu familial. Souvent le médecin sera obéi, mais il y a des tuberculeux, chez lesquels l'égoïsme est tel qu'ils se moquent des conseils qui leur sont donnés, ne prennent aucune précaution, et auxquels il importe peu que ceux qui les entourent tombent malades. Ces tuberculeux sont un danger pour la société. Le médecin doit les isoler.

Nous avons posé comme principe que la vérité est due au malade. Il y a cependant quelques exceptions à cette règle.

Chez certains malades névropathes, inquiets, pusillanimes, la révélation de la maladie pourrait être préjudiciable à la guérison. Ce sont des malades dont une parole imprudente briserait le faible ressort moral, pour qui leur maladie deviendrait une obsession et pourrait se compliquer d'un état neurasthénique. Ce sont des tuberculeux qui supplient le médecin de les rassurer. Nous devons user de toutes les ressources de la psychothérapie, donner confiance au malade et, dans ce cas, nous pouvons, suivant le mot de Germain Sée, « par notre silence sur la nature de la maladie ramener le calme dans l'esprit troublé du patient. »

Une autre contre-indication à la révélation du diagnostic est la gravité de la maladie. Si le médecin est appelé près d'un tuberculeux cavitaires à la dernière

période, il doit évidemment taire au malade la gravité de son état. Le mensonge est un devoir d'humanité. Quand le médecin ne peut plus guérir, il doit consoler, verser sur l'âme douloureuse de ces malheureux le baume bienfaisant de l'illusion et les conduire ainsi doucement jusqu'au tombeau : « *Opium et mentiri* », disait Benedict Teissier en passant devant le lit des malades que la vie abandonnerait bientôt. Notre conduite se résume en cette belle parole. Nous devons naturellement avertir la famille et lui indiquer les mesures d'hygiène à prendre.

Il existe enfin parfois, dans l'entourage de la famille du malade, une mentalité telle que la révélation du diagnostic causerait au malheureux tuberculeux un préjudice énorme. Certaines gens ont une telle peur de la tuberculose que le parent malade sera aussitôt confié à une garde mercenaire ou envoyé dans un sanatorium. C'est ce que Sabourin a décrit sous le nom de tuberculophobie familiale.

La même crainte de contamination fera chasser un domestique, un ouvrier.

Le professeur Robin en rapporte quelques cas typiques :

« Un homme de vingt-sept ans, tuberculeux au deuxième degré, ayant vécu dans sa famille, sort de l'hôpital Beaujon le 19 janvier. Les parents refusent de le recevoir à nouveau dans la crainte qu'il ne contagionne ses frères. »

« Une femme de chambre avait un salaire de quarante francs par mois. La maîtresse apprend qu'elle fréquente le dispensaire et la met dans l'alternative de

quitter la maison ou d'accepter une réduction de gages de quinze francs par mois. »

« Un domestique atteint de tuberculose fermée au premier degré déclare qu'il ne peut plus revenir au dispensaire parce que, si les patrons le savaient, il perdrait sa place. »

D'autres fois, le médecin sera appelé près d'un enfant tuberculeux. La situation est grave. Va-t-il par une révélation inopportune jeter le trouble dans le cœur de la mère affolée? Non, assurément. Il doit avertir cette femme que la guérison de son enfant sera longue, qu'elle exigera une surveillance quotidienne, qu'il faut espérer, etc... Le médecin doit savoir bercer la souffrance et donner l'illusion. Quand il ne peut plus guérir, il peut encore consoler.

Chez les paysans le médecin se trouve en présence d'un autre état d'esprit. Le docteur Good cite dans le *Concours Médical* le fait suivant :

« Je vais chez des paysans fort avares dont le fils est tuberculeux. Ceux-ci m'ont demandé en me reconduisant jusqu'à ma voiture : « A-t-il la poitrine attaquée, Monsieur le docteur, parce que vous comprenez, s'il a la poitrine attaquée, c'est qu'il est perdu, ça serait pas la peine de faire des frais. » Ces cas, ajoute le docteur Good, ne sont pas rares en clientèle. »

Nous ajouterons que, dans la classe paysanne, « la maladie de poitrine » est une taré, et que toute indiscretion risque de causer un préjudice aux membres de la famille.

Des règles déontologiques sont fort difficiles à for-

muler. Le médecin doit être un psychologue averti. Il doit étudier son malade, le milieu familial, le milieu social, et agir avec circonspection et délicatesse.

Rôle moral du médecin

Le médecin doit être convaincu de la curabilité de la tuberculose, il doit avoir confiance en son art, et exercer sur ses malades, dit le professeur Barth, « cette incitation morale qui ne remplace ni la cure hygiénique, ni l'alimentation substantielle, ni même le tannin et l'arsenic, mais qui favorise et complète son action. »

« Les phthisiothérapeutes les plus réputés, dit Rénon, sont ceux qui ont acquis une grande influence sur leurs malades, les tiennent dans la main pour ainsi dire, et les dirigent selon les principes actuels contre la tuberculose, dont ils ont approfondi toutes les ressources. »

Beaucoup de médecins, subissant encore l'influence de Laënnec, croient peu à la guérison de la tuberculose. Ils sont persuadés que leurs efforts sont vains, et se bornent à donner aux malades quelques conseils d'hygiène, et à les soulager par une thérapeutique symptomatique.

« Persuadé à tort de l'inanité de ses efforts thérapeutiques, dit Küss au Congrès des praticiens, le médecin ne s'attache pas au diagnostic précoce des incidents révélateurs de la tuberculose, et, même en présence d'une tuberculose banale des poumons, il se soustrait le plus possible à l'obligation morale de révéler au malade le diagnostic. » Le médecin doit avoir la foi, et la foi agissante. Il doit être toujours sur la brèche, tantôt effrayer

un peu ce malade trop optimiste qui commet des imprudences, réparer une faute, tantôt relever le courage de ce mélancolique, déprimé par les longs mois de repos et la monotonie de l'existence. Il doit maintenir en lui vivace cet espoir de guérir qui est, dit Voltaire, la moitié de la guérison.

Il doit convaincre son malade. « La persuasion du médecin en matière de tuberculose ne sera pas intellectuelle, a dit Rénon, mais bien pragmatique. Souvent même la persuasion est insuffisante et c'est à l'affirmation qu'il faut avoir recours. »

Il devra avertir son malade que le traitement est long, exige de la patience, de la volonté, de la docilité. « Le médecin doit pénétrer dans l'esprit et dans le cœur du malade, dit Daremberg, être le confident affectueux des bons et des mauvais jours. »

Le médecin doit guider le malade pas à pas, avec autorité. Le tuberculeux est un être malléable, mais très changeant. Alarmé par une hémoptysie, il devient d'un optimisme inconcevable, si la nuit a été meilleure, s'il a moins toussé, s'il n'a pas eu de fièvre, si le ciel est ensoleillé. Il fait des projets et commet des imprudences. « Le médecin doit avoir la main de fer, gantée de velours. Il ne doit pas être le bon docteur, aimable et banalement approbateur, dit Daremberg. Il doit montrer son dévouement à ses malades, non pas en calant leurs oreillers et en leur versant d'émollientes tisanes, mais en étant leur guide sûr et obéi. »

La cure d'un tuberculeux exige du médecin beaucoup de patience et de dévouement, comme celle de toutes les

maladies chroniques. La route qui conduit à la guérison est longue et monotone. Cette existence de chaise-longue, d'observation continuelle est ennuyeuse. Les malades sont parfois tentés de rejeter traitement et régime et de jouir des quelques jours qui leur restent; ou bien, ils changent de médecin, ont recours à tous les « spécifiques » vantés à la quatrième page de leur journal.

Le médecin doit connaître cette versatilité du malade, ne pas lui en faire un grief, le relever dans ces moments de défaillance.

Il faut au médecin beaucoup de finesse d'observation. Il y a la tuberculose et des tuberculeux, chacun avec sa psychologie particulière, et dans son milieu particulier.

Il lui faut du tact et de la pondération. Souvent, il sera le confident, le conseiller de la famille. Ses conseils pourront ne pas être écoutés, mais peuvent aussi être cause de décisions graves : changement de profession, abandon d'une carrière, renonciation à un mariage, etc...

Le médecin doit être, enfin, un clinicien de valeur pour dépister le mal dès ses débuts et entreprendre une thérapeutique rationnelle.

C'est le point le plus difficile de sa mission, car le plus souvent la tuberculose est une maladie du pauvre. Le diagnostic précoce est une rareté, et le traitement présente, étant donnée la situation sociale du malade, des difficultés presque toujours insurmontables.

La tuberculose du pauvre

La cure de la tuberculose est diverse suivant ses formes. Tel tuberculeux guérira fort bien à la campagne,

en observant les règles d'hygiène et de diététique imposées par le médecin, et en fournissant un petit travail. A tel autre, conviendra le sanatorium, la cure d'altitude ou le climat marin. Tel autre encore guérira parfaitement à domicile, s'il habite un appartement bien exposé, bien aéré, dans un climat favorable. Le mode de traitement varie suivant la forme de la maladie, la situation sociale et familiale du malade. Il appartient au médecin de choisir le traitement le plus favorable. Ce qui est vrai, c'est que presque toujours ce traitement est coûteux : « On ne guérit pas les tuberculeux au rabais », dit Daremberg. Quelques tuberculeux à forme fibreuse, apyrétiques, pourront guérir, simplement par un changement d'existence, et continueront à travailler. Un séjour à la campagne, quelques semaines de repos, de la suralimentation suffiront à enrayer le mal. Si le médecin est consulté par un malade riche ou aisé, il le sera souvent aux premiers symptômes du mal. Il pourra instituer un traitement précoce, composer pour son malade des menus variés, le faire bénéficier des ressources de la climatothérapie ou de la cure d'altitude. La tâche est facile. Mais le tuberculeux riche est l'exception. La tuberculose est la maladie de l'alcool, du taudis, de la mauvaise alimentation, de la mauvaise hygiène. C'est une maladie du pauvre, qui se nourrit mal, se loge mal, et cherche souvent au cabaret la distraction que ne lui offre pas son triste foyer, c'est la maladie de l'ouvrier, du gagne-petit, employé, petit fonctionnaire, instituteur, des demi-pauvres honteux dont la misère se cache sous une redingote. Ce sera la plus grande partie

de la clientèle du médecin qui, souvent, ne sera consulté que lorsque les lésions seront en pleine évolution.

Que fera le médecin? A ces malades qui ont des poussées fébriles, auxquels des mois, des années de cure sont nécessaires, comment leur dire : Reposez-vous, prenez de la bonne nourriture en abondance, respirez de l'air pur. » Leur travail fait vivre la famille. S'ils cessent de travailler, c'est la misère noire, ce sont la femme et les enfants qui se tuberculisent à leur tour, par le surmenage et les privations. Comment entreprendre la cure de ce tuberculeux sans ressources, dans une de ces habitations maudites, sans air, sans lumière, où la tuberculose a éclos. Pour soigner ces malades, il faut les arracher de leur taudis, leur donner des ressources, assister la famille. « Il faut, dit le docteur Bang, envoyer ces tuberculeux au sanatorium où ils trouveront l'air, le repos, la bonne nourriture, ou envoyer ces biens dans la maison du malade. »

Souvent, le médecin assiste impuissant aux progrès du mal. Il donne de bonnes paroles, formule sans conviction une potion et, à la période ultime de la maladie, envoie le malade à l'hôpital où la situation du tuberculeux est lamentable. Il n'a ni le grand air, ni la nourriture variée, ni le repos. La nuit, son sommeil est troublé par les plaintes des autres malades, ou bien, il trouble le sommeil des autres malades par sa toux. Dès le matin, le va-et-vient du personnel l'empêche de se reposer. Avant la guerre, Grancher écrivait : « On soigne dans les hôpitaux tous les tuberculeux à trois francs par jour et ils meurent tous. » L'hôpital est un morituriu ou l'antichambre mortuaire, que le malade quitte aux der-

niers jours de sa maladie, pour aller succomber dans le taudis où la tuberculose l'a terrassé et y porter la contagion.

Que dire du sort des tuberculeux incurables, véritables infirmes de la maladie, dont le nombre est en France d'environ 150.000, trop nombreux pour être hospitalisés, qu'on laisse, semant dans la société leurs bacilles, et pour lesquels aucun mode d'assistance n'est prévu.

Le médecin peut mettre au service du malade son dévouement et sa science. Il est désarmé devant cette tuberculose du pauvre.

Nous avons dans la première partie de cette étude analysé les devoirs du praticien vis-à-vis du malade tuberculeux. Nous avons montré en présence de quelles difficultés insurmontables le médecin se trouve, étant donnée la classe sociale à laquelle appartient la majeure partie des tuberculeux :

Impossibilité d'établir un diagnostic précoce, condition essentielle d'une thérapeutique efficace, parce que le malade devant travailler pour assurer la vie de sa famille ne vient consulter le médecin que très tard, quand il est terrassé par la maladie.

Impossibilité d'établir un traitement rationnel, parce que, le diagnostic étant posé alors que la maladie est en pleine évolution, ce traitement sera le plus souvent long et coûteux. Que faire? Les hôpitaux sont encombrés, les sanatoriums trop peu nombreux. Le médecin ne peut songer à instituer un traitement à domicile. C'est le plus souvent une chambre mal aérée où la famille s'entasse et se tuberculise. Le malade n'a pas de ressources suffisantes pour se soigner. Il va, s'alitant quelques jours,

puis reprend quelques jours son travail pour gagner de l'argent et contamine ses camarades d'atelier, et puis meurt un jour, ayant reçu de bonnes paroles du médecin, et laissant au foyer une femme et des enfants sans ressources, proies faciles pour la tuberculose.

Quelles que soient la science, l'autorité et le dévouement du médecin, ses efforts seront vains tant qu'on n'aura pas fourni aux tuberculeux l'argent qui leur est nécessaire pour se soigner, à la famille, l'allocation qui la préserve de la misère.

A notre avis, le problème de la tuberculose est avant tout un problème budgétaire. On a écrit un peu partout que la création de dispensaires, de sanatoriums, d'œuvres d'assistance aux tuberculeux, coûterait des millions, que l'Etat ne pouvait assumer cette charge. Nous croyons qu'une partie de la solution du problème est dans l'assimilation de la tuberculose aux maladies professionnelles visées par la loi du 25 octobre 1919 et dans l'assurance obligatoire contre cette maladie.

Nous nous proposons de montrer comment la tuberculose peut rentrer dans le cadre des maladies professionnelles, et comment l'assurance obligatoire facilitera la tâche du médecin en permettant à celui-ci — par le dépistage des tuberculeux fait par les dispensaires — d'établir un diagnostic précoce, première condition de la guérison; en second lieu, en fournissant au malade les secours qui lui sont indispensables pour se soigner et les moyens de garder le repos nécessaire pendant le temps prescrit par le médecin.

DEUXIÈME PARTIE

La tuberculose dans les milieux ouvriers doit-elle être considérée comme une maladie professionnelle ?

En 1901, M. Vaillant, député, considérant la tuberculose comme une maladie strictement professionnelle, émet l'avis que seule la responsabilité de l'employeur est en jeu et demande « que les maladies professionnelles y compris la tuberculose ouvrière » soient assimilées aux accidents du travail et garanties comme telles dans leurs conséquences par les patrons. Le Comité d'hygiène industrielle et le Ministère du Commerce ont refusé à cette époque de suivre M. Vaillant sur ce terrain. Pourtant les idées font leur chemin : le saturnisme et l'hydrargyrisme viennent d'être déclarés maladies professionnelles par la loi du 25 octobre 1919.

« Bien que cette disposition légale nouvelle constitue chez nous une véritable amélioration, dit Georges Vitoux, il n'en subsiste pas moins qu'elle demeure très insuffisante. » A notre avis, il faut y ajouter la tuberculose. C'est une nécessité, d'autant plus urgente que le péril s'est accru chez nous considérablement, du fait des innombrables tuberculoses de guerre.

On nous demandera comment nous pouvons considérer la tuberculose comme une maladie professionnelle, alors qu'on la considère comme la maladie de l'alcool, et qu'elle n'est en rien comparable à l'hydrargyrisme ou au saturnisme. Nous ne nions pas que l'alcool en diminuant la résistance du terrain n'aggrave la tuberculose. Mais il en est ainsi des traumatismes et de toutes les maladies, de l'hydrargyrisme et du saturnisme, en particulier. Comment distinguer le tremblement saturnin du tremblement éthylique? Comment faire la part des lésions causées par l'alcool dans la paralysie, la néphrite, le tabès saturnin?

Nous soutenons que si la tuberculose s'aggrave sur le zinc, si elle est la maladie du taudis, elle est aussi la maladie des travailleurs, maladie de l'atelier insalubre, du surmenage, des salaires de famine, maladie de la grande et peut-être plus encore de la petite industrie, du travail à domicile et du sweating-system, elle se prend dans la poussière des ateliers, et surtout au contact avec des ouvriers tuberculeux.

Nous étudierons ces diverses causes et appuierons nos idées par des statistiques.

M. Durozoy, dans *La tuberculose au village*, va nous montrer dans un même canton de l'Oise la différence de la mortalité tuberculeuse chez des paysans dont les uns travaillent aux champs, les autres à l'usine. Parmi ces villages trois sont industriels (filatures de coton, de chanvre, fabrique de brosses); dans ces trois villages, la mortalité par tuberculose est de 56 à 61 décès pour 10.000 habitants. Dans les deux autres villages restés

agricoles de 0 dans l'un, et de 10 pour 10.000, dans l'autre.

Le Dr Fischer a fait une étude sur deux villages de la Forêt Noire, dont une partie de la population est restée agricole, l'autre va travailler dans les fabriques voisines. Or le rapport de la mortalité tuberculeuse dans la population agricole et dans la population ouvrière est comme 0,7 à 1,7 dans le premier village, et comme 0,6 à 2,1 dans le second. Voici deux groupes d'individus, habitant le même pays, des logements identiques dans un même village, ayant à peu près les mêmes mœurs (peut-être l'ouvrier va-t-il un peu plus au cabaret que son concitoyen paysan), mais il y a ce fait que l'ouvrier travaille dans les poussières d'une usine surpeuplée, tandis que le paysan travaille au grand air.

Etudions le pourcentage de tuberculeux dans les villes industrielles de France. Dans l'Aube, le Dr Bertrand évalue à 35 p. 100 le nombre des tuberculeux de la classe ouvrière. A Saint-Junien (Haute-Vienne), cité industrielle florissante (papeterie, mégisserie, ganterie, tissage, etc...), 26 p. 100 de décès par tuberculose. A Limoges, le Dr Boulland a étudié la tuberculose professionnelle chez les porcelainiers et les cordonniers. Le nombre des décès est de 45 p. 100 chez ceux-là, de 34 p. 100 chez ceux-ci.

A Lyon, dit J. Courmont, la plupart des ouvrières en soierie meurent tuberculeuses.

A Saint-Etienne, il y a 117 décès par tuberculose par 1.000 habitants. Les couturières seules ont une mortalité de 10,33 pour 1.000. Il ne semble pas que l'alcoolisme soit chez ces femmes la cause prédisposante essentielle.

C'est le travail dans un air confiné, la contagion par les crachats de compagnes d'atelier malades qui rendent ces femmes tuberculeuses. Les passementiers ont dans la même ville une mortalité de 3,16 pour 1.000.

A Paris, le professeur Landouzy a étudié la tuberculose chez les blanchisseurs. Chez les hommes 75 p. 100 des blanchisseurs meurent tuberculeux; chez la femme, la mortalité est de 56 p. 100. « Les raisons préparantes, dit le professeur Landouzy, sont la rudesse du travail en milieu malsain, les grossesses répétées, la mauvaise hygiène d'habitat et, pour une part, l'alcoolisme. »

« Pourtant, c'est parmi les hommes jeunes et vigoureux, c'est d'ordinaire parmi les fortes femmes, parmi les gaillardes, que se recrutent blanchisseurs, buandières et blanchisseuses. Tous sont guettés par la contagion. La pathogénie de la tuberculose apparaît ici la même que celle des autres tuberculoses professionnelles : c'est en vivant, en respirant, souvent en mangeant au milieu des poussières bacillifères que se contaminent les blanchisseurs du linge parisien. » Voilà bien le risque professionnel. Il apparaît chez les infirmières d'hôpitaux. En vingt-quatre ans, à l'Hôtel-Dieu de Paris, sur 102 décès de religieuses, 82, plus de 80 p. 100, sont causés par la tuberculose.

Nous admettons bien que, dans l'éclosion de la tuberculose, le bacille n'est pas tout. Il lui faut pour cultiver un terrain préparé, — l'alcoolisme est une des causes préparantes, — mais il ne faut rien exagérer. Comment expliquer quelques-unes de ces effrayantes mortalités chez des personnes qui, selon toutes probabilités, ne boivent pas d'alcool (couturières, religieuses), comment

expliquer les variations du nombre de décès par tuberculose, suivant les professions (45 p. 100 chez les porcelainiers, 75 p. 100 chez les blanchisseurs, 37 p. 100 chez les infirmiers), 70 p. 100 chez les boulangers ?

Il y a, à notre avis, des industries plus ou moins tuberculisantes, mais toutes le sont. Ce sont le surpeuplement, les poussières, le froid, l'humidité, le manque d'air ou de lumière, les intoxications professionnelles (vapeurs et gaz caustiques), les pneumokonioses d'origine végétale, minérale ou animale (mégissiers, chiffonniers, papetiers, tisserands, etc.), surmenage, étiollement, mauvaise hygiène des ateliers qui préparent le terrain, sur lequel le bacille, gagné par la contagion dans l'atelier au voisinage du camarade tuberculeux, viendra se greffer.

« Que dire des ateliers et des bureaux, écrit le D^r Barth, surtout des petits ateliers dans les grandes villes ? L'air y fait défaut, la lumière du soleil est trop souvent remplacée par celle du gaz, la ventilation est nulle, des poêles dégagent une chaleur excessive et souillent l'atmosphère d'émanations oxycarbonées ; enfin, chacun crache à terre sans se gêner et nul ne songe à se demander si le voisin qui tousse est atteint de catarrhe simple ou de bronchite tuberculeuse. Comment s'étonner si, dans de pareilles conditions, les ouvriers, les ouvrières surtout, mal nourris, énervés et anémiés par une sédentarité excessive et par des à-coups de travail qu'ils prennent sur leur sommeil, se tuberculisent avec une déplorable facilité. »

Un médecin de la Drôme écrit : « J'exerce dans un pays agricole. J'ai pourtant sur mon territoire médical deux ou trois usines occupant chacune 25 ou 30 ouvriers. Le tiers de mes cas de tuberculose vient de mes sujets

habitant dans ces usines ou y ayant séjourné... En somme, au point de vue tuberculose, dans mon rayon d'action, *l'usine c'est la plaie.* »

Un médecin de la Loire-Inférieure écrit : « Dans un petit bourg il existe un atelier de couture. Les jeunes filles qui y travaillent deviennent tuberculeuses dans la proportion de 80 p. 100. Dans le même bourg, la proportion de tuberculose chez les hommes est, au contraire, la même que dans le reste du pays. »

La statistique anglaise a établi la mortalité comparative par tuberculose dans les professions à poussières et dans la population agricole. Pour 100 décès par tuberculose dans la population agricole, nous relevons les chiffres suivants dans différentes professions énumérées :

Potins faïenciers	305	Travail de la laine.....	181
Couteliers	362	Serruriers	211
Mines d'étain	481	Mines de houilles.....	92
Taillleurs de limes.....	381	Boulangers	175
Travail du fer.....	184	Charpentiers	162
Travail du coton.....	192	Mines de fer.....	85
Briquetiers maçons	213		

Population agricole : 100.

Voici un tableau comparatif de la mortalité par tuberculose dans les métiers à air confiné. Pour 100 décès par tuberculose dans la population agricole, nous relevons les chiffres suivants :

Relieurs	308	Employés de commerce...	206
Imprimeurs	309	Petits commerçants	162
Taillleurs	261	Horlogers	221
Cordonniers	241	Graveurs artistes	138

Population agricole : 100.

En Allemagne, Sommerfeld a fait un classement des professions d'après la fréquence de la tuberculose pulmonaire comme cause de la mortalité. Nous relevons les chiffres suivants :

Tailleurs de pierre.....	89,93	Pelletiers.....	67,88
Polisseurs de métaux....	73,91	Relieurs	57,48
Porcelainiers	59,1	Tailleurs	56,34
Tourneurs	61,8	Cordonniers	56,33
Tailleurs de limes.....	48,15	Imprimeurs	44,62
Menuisiers	55,72	Maçons	33,2
Peintres	55,15	Charpentiers	34,36

Faisons la part à l'alcoolisme, cependant d'autres causes interviennent. Ce sont le surmenage, la poussière, les intempéries. Dans d'autres professions (imprimeurs, tailleurs, cordonniers), il faut incriminer le manque d'exercice, le travail dans des ateliers étroits et obscurs, où l'air ne se renouvelle pas. En fait, les ouvriers qui travaillent à l'air (charpentiers, maçons) et boivent autant que les autres ont une mortalité inférieure.

Nous pouvons admettre que certaines professions sont plus dangereuses que d'autres au point de vue tuberculose, soit en préparant le terrain (surmenage, ateliers insalubres, industries à poussières coupantes) qui s'ensemence par contagion, soit parce que ces professions exposent tout particulièrement à la contagion (blanchisseurs, infirmiers).

Comment remédier à cet état de choses : le problème est fort complexe. En améliorant l'hygiène, on fortifiera le terrain. Mais il reste le tuberculeux, source de contagion. Il faudrait l'éliminer de l'atelier. Mais qui reconnaîtra sa maladie? Le patron? L'inspecteur du travail?

Si l'on expulse cet ouvrier, que fera-t-il? La société lui doit une compensation. L'assurance pourrait la lui donner, mais elle n'existe pas. En attendant qu'elle soit créée, on tâche de vivre comme on peut avec ces tuberculeux, on ne prend que des demi-mesures, le fléau croît chaque jour, le médecin assiste impuissant à ses progrès, acceptant lui aussi un jour la défaite inévitable.

Au lendemain de la guerre, le péril a encore grandi. Beaucoup de soldats ont contracté la tuberculose au front, dans les usines de guerre les ravages ont été considérables. Les femmes et les enfants ont été touchés. L'industrialisation de la femme, la destruction des foyers rendent le péril chaque jour plus menaçant : « L'industrie, dit un phthisiologue, qui a allumé les générateurs a éteint le foyer du pauvre. »

Ces tuberculeux, réformés, à qui l'on a donné une pension insuffisante, étant donnée la cherté de la vie, sont rentrés chez eux, à la campagne, et vont semer les bacilles autour d'eux dans les villages, ou bien iront travailler pendant quelques mois dans les ateliers, et y porter la contagion et la mort.

Il est urgent que l'on prenne des mesures pour soigner ou isoler ces malades, et préserver la famille et la société du mal qui fait déjà de trop nombreuses victimes.

L'Etat qui a prévu l'assistance aux aliénés, aux idiots, aux épileptiques, aux vieillards, n'a rien prévu pour le tuberculeux, « véritable éclopé du capitalisme » (Vandervelde), infirme de la maladie, « sur lequel, dit Rénon, pèse de tout son poids la loi d'airain de sa déchéance bacillaire. »

Une grande nation pourtant, l'Allemagne, nous a donné l'exemple et montré ce qu'on peut faire, avec de l'organisation et de l'argent fourni par les assurances. Elle a dépensé des millions pour créer des dispensaires de prophylaxie, des sanatoria, des colonies agricoles, et a ainsi fait tomber la mortalité par tuberculose de 40 p. 100.

Si nous admettons que la tuberculose peut être assimilée à une maladie professionnelle, un additif à la loi du 25 octobre 1919 obligera les patrons à assurer leurs ouvriers. L'Etat trouvera ainsi des ressources pour créer des œuvres antituberculeuses et le patron, ayant intérêt à verser le moins possible aux assurances, veillera à l'hygiène des ateliers.

L'ASSURANCE OBLIGATOIRE

Nous la préconisons comme le moyen le plus efficace. Elle seule peut réunir des capitaux immenses nécessaires pour la prophylaxie et la cure de la tuberculose. Nous proposons qu'une loi oblige tout employeur à assurer ses ouvriers contre le risque-tuberculose.

Immédiatement, on va nous poser cette objection : « Pourquoi voulez-vous rendre le patron responsable de la tuberculose de l'ouvrier? » Quand il s'agit d'établir l'étiologie professionnelle d'une néphrite, d'une stomatite, d'une névrite, chez les ouvriers manipulant le mercure ou le plomb, le rôle du médecin est déjà très difficile. Comment affirmer, dans l'étiologie complexe de la tuberculose, que la profession de l'ouvrier est une des principales causes de tuberculisation?

Certes, nous ne pouvons établir une relation de cause à effet, comme lorsqu'un ouvrier se trouve amputé par une courroie, ou une scie circulaire, mais nous savons une chose, c'est que le mal éclate par la rencontre d'un germe et d'un terrain, que souvent ce germe est pris à l'atelier où foisonnent les tuberculeux. On peut dire qu'un ouvrier court autant de risques de prendre la tuberculose dans un atelier où se trouvent des tuberculeux, que d'être intoxiqué par le plomb ou le mercure dans une usine où l'on manipule ces produits dangereux.

Dans la situation que nous venons de préciser, l'essentiel est d'atteindre un but. Il faut sauver des milliers d'existences et en préserver des milliers d'autres contre le fléau qui, en dix ans, détruit en France autant de monde que la guerre : ce but nous ne l'atteindrons que par l'assurance obligatoire contre la tuberculose, maladie professionnelle.

Les faits sont là. La tuberculose qui, chaque année, fait chez nous de plus grands ravages a décréu en Allemagne de 40 p. 100.

« Parmi tous les facteurs entrant en ligne de compte dans la lutte antituberculeuse en Allemagne, l'assurance ouvrière allemande occupe incontestablement le premier rang », dit M. Bielefeldt, président du Sénat à l'Office impérial des assurances.

Grâce à l'assurance obligatoire, l'Allemagne a pu créer un vaste armement antituberculeux, dispensaires de prophylaxie, stations de cure d'air pour les personnes menacées de tuberculose, sanatoriums, maisons de convalescence, fermes de cure, colonies agricoles, etc...

L'Allemagne possédait, en 1905, 25.000 caisses d'assurance contre la maladie, 40 contre l'invalidité, ces caisses prenant la suite des premières après six mois de secours. Les ressources proviennent en partie des patrons, en partie des ouvriers, l'Etat majorant seulement les pensions d'invalides. Ces caisses avaient, en 1904, un capital de 1.160 millions de marks. 25 millions avaient été consacrés à la construction de sanatoriums et de maisons de convalescence, 385 millions placés sous forme de prêts à des institutions d'hygiène sociale. Le traitement des

tuberculeux représente 6 millions 1/2 de dépenses sur 132 millions de dépenses et 228 millions de recettes.

Les résultats? La mortalité en Prusse, malgré l'accroissement de la population, passe de 31 p. 10.000, en 1885, à 19 p. 10.000, en 1903. Voilà, en 18 ans, l'œuvre de l'assurance ouvrière qui intéresse 15 millions d'ouvriers allemands.

La caisse de maladie fait soigner le malade et lui paie un demi-salaire pendant un semestre. Si, au bout de ces six mois de traitement, le malade ne peut reprendre son travail, il se fait reconnaître invalide et tombe à la charge des caisses d'invalidité, si le médecin établit que, grâce à un traitement prolongé, l'assuré récupère définitivement ou pour plusieurs années sa capacité de travail.

Ces caisses d'invalidité ont soumis au traitement, en 1902, 16.489 assurés, et distribué des secours aux familles. A la fin de l'année qui suit le traitement, c'est-à-dire 12 à 21 mois après la sortie du sanatorium, 45 p. 100 des malades traités travaillent, 30 p. 100 sont encore valides cinq ans après le traitement. Ces caisses ont créé des centres de renseignements pour le dépistage des tuberculeux, l'assistance à la famille, des œuvres de protection de l'enfance, etc...

Ajoutons que ce traitement par les caisses allège le budget de l'Assistance publique.

En France, nous n'avons rien de semblable. Les mutualités n'ont pas les ressources qu'il faut pour cette immense entreprise. « La modicité de la cotisation des mutualistes, dit Léon Bourgeois, la forme nécessairement fragmentaire et périodique de leurs versements, tout interdit à nos sociétés de poursuivre la cotisation de capitaux en

vue de la fondation des établissements de cure. » « Combien inefficace, dit M. Fuster, est le secours promis par une de ces petites sociétés au tuberculeux qui s'est glissé dans ses rangs. Qu'il est de courte durée et qu'il est loin de suffire à l'entretien du ménage et à l'hospitalisation du malade ! La société intervient lorsqu'il est trop tard, elle assiste trop faiblement et trop peu de temps. Elle n'est pour le tuberculeux que l'antichambre du bureau de bienfaisance et marque à peine un temps d'arrêt dans la dégringolade définitive. »

A notre avis, seule, l'assimilation de la tuberculose aux maladies professionnelles et l'assurance obligatoire peuvent résoudre ce problème, qui est avant tout un problème budgétaire.

Grâce aux ressources de l'assurance, on pourra créer de nombreux dispensaires, tels que Calmette et Jules Courmont les ont conçus. Le dispensaire fait le « dépistage » du malade par les visiteuses d'hygiène ou l'enquêteur ouvrier. Il importe que les médecins du dispensaire veillent à ce que seuls y viennent les vrais indigents. Ainsi seront sauvegardés les droits du médecin qui craint que le dispensaire ne draine une partie de sa clientèle.

Si le tuberculeux peut être soigné à domicile, le dispensaire est un auxiliaire du médecin traitant choisi par le malade. Il fait l'éducation hygiénique du malade et de l'entourage, améliore la condition du malade par des distributions d'aliments, de chauffage, de vêtements, de crachoirs, etc... Le dispensaire se met en liaison avec les laboratoires de bactériologie, les bureaux de bienfai-

sance, les services de désinfection, l'inspection sanitaire, etc...

Les sanatoriums et les œuvres para-sanatoriales (maisons de convalescence, fermes de cure, ateliers-sanatoria) assureront le traitement efficace des tuberculeux qui ne peuvent être traités à domicile.

On nous objectera que ce qui a réussi en Allemagne ne réussira pas en France, que l'application de cette loi sera difficile, parce que le malade ne se prêterait pas aisément à ces enquêtes sur sa santé, n'accepterait pas l'hospitalisation qui le sépare de sa famille, etc... Ce sont des arguments de routine, des vues de l'esprit. Le malade accepterait l'hospitalisation, s'il sait que sa famille ne souffre pas de son absence. Il y a une éducation du malade à faire : c'est le rôle du médecin et du dispensaire. La grosse objection, c'est la difficulté financière ; nous avons montré comment l'Allemagne l'a résolue.

Le médecin est le collaborateur indispensable à cette lutte. Nous avons dans un précédent Chapitre montré son rôle près du malade. A mesure que nous changerons nos méthodes, que nous substituerons à la médecine curative la médecine préventive, le rôle social du médecin se modifiera. Il deviendra un éducateur et un hygiéniste. Il ne faut pas, cependant, que ces réformes sociales s'opèrent aux dépens du médecin et que les sociétés comptent sur son désintéressement sans limites. Le médecin a le droit d'avoir sa vie assurée par l'exercice de sa profession et sa dignité sauvegardée. Les mutualités paient trop souvent au médecin des honoraires dérisoires. Le médecin est l'âme de cette lutte contre la tuberculose,

qui n'a encore donné chez nous que peu de résultats, parce que nous n'avons aucun plan d'ensemble, et parce que, faute de ressources, l'effort et le dévouement du médecin restent vains. Le médecin a suscité des initiatives, groupé des énergies, donné ses conseils et ses soins sans compter. Chaque jour son rôle social s'affirme davantage, il est le préservateur de la santé publique. La société doit l'honorer comme il convient : c'est son intérêt et celui des malades, elle doit l'aider dans sa mission ingrate, surtout vis-à-vis des tuberculeux. Ce n'est que par la collaboration de l'Etat et du corps médical que nous triompherons du fléau bacillaire, et que nous arracherons à la grande tueuse les milliers d'existences, dont notre nation dépeuplée a besoin, plus que tant d'autres, au lendemain de la guerre.

CONCLUSIONS

Il résulte de ce que nous venons de présenter que le rôle du médecin praticien vis-à-vis des malades tuberculeux dans la classe ouvrière est souvent extrêmement complexe, pour respecter la situation sociale et familiale du malade, pour suivre méthodiquement le traitement et préserver son entourage du risque de contagion.

Nous croyons que le médecin doit la vérité à son malade, lui déclarer nettement le mal dont il est atteint. Cette vérité est utile à tous points de vue; les exceptions que nous avons admises sont des raretés.

Les difficultés de la mission du médecin dérivent en premier lieu de la nécessité de dépister la tuberculose dès le début de son évolution; en second lieu de la longueur du traitement et de la cessation nécessaire du travail.

La tuberculose du pauvre revêt par ce fait une gravité spéciale. Quelles que soient la science et l'autorité du médecin, il est impuissant à modifier cette situation, grave au point de vue du malade lui-même et du milieu social.

L'initiative privée, quel que soit l'effort accompli dans l'assistance du tuberculeux, ne suffit pas. Il faut que les médecins ne cessent de répéter que des mesures législatives radicales sont seules capables de fournir au tuber-

culeux les moyens de se soigner et au médecin d'appliquer une thérapeutique rationnelle.

Nous réclamons pour les milieux ouvriers, où l'infection tuberculeuse est souvent contractée au voisinage des tuberculeux admis dans les ateliers, que le risque maladie soit assuré de la même façon que le risque accident.

On pourrait même, si l'on voulait entrer dans cette voie, assimiler la tuberculose aux maladies dites professionnelles, visées par la loi du 25 octobre 1919. Ainsi, dans les milieux ouvriers, il serait possible d'assurer aux tuberculeux les soins qui leur sont nécessaires pour arriver à la guérison.

Vu :

Le Doyen,

HUGOUNENQ.

Le Président de la thèse,

Etienne MARTIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 26 juin.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

BANG. — Le rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse (Congrès tuberc., 1905).

BARTH. — La tuberculose et les moyens de la combattre.

BÉCO. — Le rôle des dispensaires et des sanatoriums dans la lutte antituberculeuse (Congrès tuberc., 1905).

BÉRAUD. — Psychologie des tuberculeux (Thèse de Lyon, 1902).

BERTILLON. — La morbidité et la mortalité par professions.

BIELEFELDT. — Die Arbeiterversicherung im kampf gegen die tuberkulose (Congrès tuberc., 1905).

L. BOURGEOIS. — La Mutualité et la lutte contre la tuberculose (Congrès tuberc., 1905).

J. COURMONT. — Maladies professionnelles infectantes (In *Traité d'hygiène*, de Brouardel).

DAREMBERG. — Les différentes formes cliniques et sociales de la tuberculose.

FUSTER. — Assurance sociale, mutualité et tuberculose ouvrière.

ID. — Mutualité et tuberculose (Congrès tuberc., 1905).

GOMBAULT. — La tuberculose dans les milieux ouvriers (Thèse de Lille, 1909).

GRANCHER. — Le diagnostic précoce de la tuberculose (Congrès tuberc., 1905).

HIRT. — Die Krankheiten der Arbeiter.

JOUHAUD. — Les porcelainiers tuberculeux (Congrès tuberc., 1905).

KÜSS. — Thérapeutique des maladies de l'appareil pulmonaire.

LANDOUZY. — La tuberculose dans les blanchisseries (Congrès tuberc., 1905).

Et. MARTIN. — Précis de Déontologie.

OLIVER. — Dangerous trades.

PATÉ. — La phtisie des faïenciers (*Annales d'hygiène*, 1892).

RÉNON. — Les maladies populaires.

ROMME. — La lutte sociale contre la tuberculose.

SOMMERFELD. — Traité des maladies professionnelles.

WEILL-MANTOU. — La tuberculose au village.

WOULLOT et MARTIAL. — La tuberculose et l'hygiène des ateliers
(Congrès tuberc., 1905).

Presse médicale, 12 et 29 juin 1920. — La tuberculose et le risque
professionnel.

Revue générale des sciences, août 1899. — L'assurance ouvrière
et la lutte contre la tuberculose en Allemagne.

VITRÉ. — IMPRIMERIE DE VITRÉ-JOURNAL, 4, RUE HELLERIE (3078-20).
